

Parálisis laríngeas unilaterales parciales.

Decimos que una cuerda vocal está «parcialmente paralizada» cuando, examinada con el laringoscopio durante los dos tiempos de la respiración y también durante las tentativas de fonación, presentan desórdenes motores caracterizados por la falta ó la insuficiencia (1) de alguno ó algunos de sus movimientos fisiológicos.

Así, la cuerda vocal paralizada parcialmente puede haber conservado la integridad de sus movimientos respiratorios, y, sin embargo, permanecer separada de la línea media, en totalidad ó en parte, ó distenderse mal durante los ensayos de fonación, ó bien haber conservado la integridad de sus movimientos de adducción vocal; haber conservado, si no por completo, al menos en gran parte, la posibilidad de ponerse tensa y regularizar su tensión durante la emisión de la voz, y sin embargo, no se separa de la posición intermedia durante la inspiración, es decir, que ha perdido más ó menos su facultad de abducción respiratoria. Podemos, pues, reducir las parálisis laríngeas unilaterales parciales á tres tipos principales:

a) El primero, se halla caracterizado por la *falta ó insuficiencia de la adducción*;

b) El segundo, por la *falta ó insuficiencia de la tensión*;

c) El tercero, por la *falta de la abducción*.

Cada uno de dichos tipos podrá presentarse al observador bajo la forma de algunas de esas variedades particulares que dependerán de la localización del desorden motor á tales ó cuales músculos, tales ó cuales grupos musculares, sinérgicos ó antagonistas (2). Vamos á estudiarlos, sucesivamente, en las siguientes páginas.

(1) Téngase entendido que la palabra «insuficiencia» de un movimiento, no implica la existencia de una parálisis muscular incompleta, de una paresia; en efecto, el movimiento fisiológico de una cuerda vocal, puede exigir la acción simultánea de muchos músculos para ser normal; y será insuficiente, cuando alguno ó algunos de estos músculos no funcionan *de ningún modo*, es decir, que están *completamente paralizados*, mientras que el otro ó otros conservan su movilidad intacta.

(2) Para comprender bien estos tipos y sus variedades (lo mismo que todo lo que se refiere á los demás desórdenes motores de los músculos laríngeos), es decir, para interpretar algo juiciosamente los resultados del examen laringoscópico, es indispensable que el observador se forme una idea bastante exacta de la acción de dichos músculos, y conozca, al menos sumariamente, el mecanismo de los movimientos intrínsecos, respiratorios y vocales de la laringe. Como los diversos tratados clásicos de anatomía y fisiología que tratan de este asunto son incompletos ó inexactos, y casi todos ellos publican datos contradictorios, me parece indispensable, para más fácil comprensión de lo que voy á decir, dedicar algunas líneas á la descripción de ese mecanismo, tal como permiten concebirlo los conocimientos que actualmente posee la ciencia:

Tomemos como tipo la laringe en reposo, es decir, al fin de la espiración silenciosa, y examinémosla durante la respiración. Vemos que, estando en reposo, la glotis tiene una forma triangular; que la base de este triángulo se halla constituida por el músculo ari-aritenóideo relajado, cubierto por la mucosa, y que sus bordes, constituidos por las cuerdas vocales y sus prolongaciones posteriores sobre los procesos vocales de los cartílagos aritenoides, son sensiblemente rectilíneos. El triángulo glótico, es isosceles; la línea media antero-posterior ideal, que baja desde el ángulo anterior de las cuerdas al espacio inter-aritenóideo que forma la base del triángulo, divide esta base en dos partes iguales; es la bisectriz del ángulo anterior. En el momento de la inspiración, los cartílagos aritenoides se separan; experimentan, bajo la acción del haz externo de cada uno de los músculos crico-aritenóideos posteriores, un movimiento de traslación hacia fuera, siguiendo la dirección transversal y ligeramente curva hacia abajo y adelante, de la superficie articular cricóidea; la base del triángulo se alarga por sus extremidades. Hacia el fin de

a.—FALTA Ó INSUFICIENCIA DE LA ADDUCCIÓN

En ciertos sujetos cuya laringe, examinada en ambos tiempos de la respiración, presenta los movimientos inspiratorio y espiratorio normales y parece absolutamente sana, puede verse, si se invita al enfermo á que haga un esfuerzo de fonación, que una de las cuerdas ejecuta regularmente su movimiento de aproximación á la línea media, de la cual puede pasar, mientras que la otra no puede franquear, en manera alguna, la posición del reposo respiratorio para colocarse cerca de su congénere.

Tal estado, que indica una parálisis unilateral de los músculos adductores, es muy raro. Raugé cree que debe presentarse necesariamente en los casos de

la inspiración, las cuerdas vocales pierden, en parte, las más de las veces, su dirección rectilínea, y se hacen más bien cóncavas por dentro; la glotis tiende á adquirir forma pentagonal, porque las apófisis vocales experimentan un movimiento de báscula hacia fuera (movimiento de campanilla), por la acción de los haces internos de cada uno de los músculos crico-aritenóideos posteriores. Este movimiento de báscula puede faltar, ó ser muy limitado, durante la inspiración tranquila, pero es constante en la inspiración forzada natural, y la glotis adquiere entonces la forma de un pentágono, con los ángulos antero-externos redondeados. Al comenzar la espiración silenciosa, los haces internos y externos de los crico-aritenóideos posteriores se relajan, y la glotis recobra su forma triangular primitiva.

Consideremos ahora la laringe durante la respiración, y examinemos de qué modo se adapta á la posición vocal, es decir, á una posición en que la corriente de aire espiratorio, convenientemente dirigida por la contracción muscular toraco-abdominal, pueda producir en la glotis un sonido vocal ordinario. Los movimientos de acomodación vocal de la laringe, son más complejos que los precedentes. Comienzan, no en el tiempo de reposo respiratorio, sino al fin de la inspiración, cuando el pecho posee suficiente provisión de aire; los crico-aritenóideos posteriores sólo se relajan cuando el tórax ha sido inmovilizado por la contracción de sus músculos, del trapecio, del esterno-cleido-mastóideo, del diafragma. Entonces los músculos supra é infra-hioideos inmovilizan el cartilago tiroideo, y las cuerdas adquieren la posición vocal por dos movimientos sucesivos, la adducción y la tensión; la adducción lleva las cuerdas vocales á una posición media, y coloca sus bordes en dirección sensiblemente rectilínea; la tensión las da una rigidez y elasticidad suficientes para vibrar de un modo apropiado.

Los agentes musculares esenciales de la adducción de las cuerdas vocales, son dos. El primero, y más importante, es el músculo ari-aritenóideo, impar y medio (antagonista de los haces externos de los crico-aritenóideos posteriores), que aproxima los aritenoides y aplica una á otra, en la línea media, las caras internas de estos cartílagos. El segundo, es el crico-aritenóideo lateral, músculo par (antagonista del haz interno del crico-aritenóideo posterior), que tiende á hacer que bascule hacia adentro la apófisis vocal, manteniéndola cerca de su congénere.

Respecto á la tensión vocal, que supone la adducción previa de las cuerdas, está á cargo de tres grupos principales de haces musculares intra-laríngeos. 1.º, el músculo crico-tiróideo, anterior, par, cuya contracción imprime al cricoides un movimiento de báscula hacia atrás, é indirectamente pone tensas las cuerdas, aproximando la parte anterior del anillo cricóideo á la región correspondiente del cartilago tiroideo, inmovilizado por los músculos hioideos; 2.º, los músculos crico-aritenóideos posteriores, y sobre todo sus haces internos, que contribuyen á fijar sobre su articulación cricóidea los cartílagos aritenoides y les obligan á seguir el movimiento de báscula hacia atrás que imprimen al cricoides los crico-aritenóideos (en efecto, obran entonces sinérgicamente con estos últimos músculos, pues en realidad sólo ponen tensas las cuerdas, cuando los aritenoides están fijos al cricoides); 3.º, los músculos tiro-aritenóideos, cuyos haces externos se asocian á los crico-aritenóideos laterales para fijar las apófisis vocales, una enfrente de otra, manteniéndolas contiguas, y cuyos haces internos sirven además para limitar y regularizar, durante la emisión de la voz, el alargamiento pasivo que la contracción simultánea de los crico-tiróideos y de los crico-aritenóideos posteriores impone á los ligamentos tiro-aritenóideos, revestidos por su mucosa, es decir, á las verdaderas cuerdas vocales vibrantes, que cubren los haces musculares internos, adhiriéndose tan sólo por sus extremos. (Para lo que concierne á la estructura y funciones de los músculos laríngeos, podrá leerse con fruto la memoria inaugural del Dr. Lermoyez *Étude expérimentale sur le phonation*, Paris 1886, en la cual se encontrarán numerosas indicaciones respecto á otros trabajos anteriores, al mismo tiempo que se exponen las investigaciones del autor y de Jeanselme. Los estudios más recientes de Koschlakoff, B. Fränkel, Jacobson, H. Meyer, Jelenffy, G. Masini, etc., acerca del mismo asunto, no modifican en lo esencial las conclusiones de Lermoyez).

parálisis de origen cerebral. Esta opinión, aunque muy racional, no pasa de ser hipotética, pues no ha podido comprobarse en las observaciones de Garel y Déjerine, seguidas de autopsia (1). De cualquier modo, tal estado no es característico de la parálisis unilateral consecutiva á una lesión cerebral, porque puede observarse también en el histerismo. Yo lo he visto, con perfecta claridad, en una joven histérica, que curó muy pronto: dicha enferma era afónica, pero su tos era sonora. Otras muchas veces he visto la misma imagen en las histéricas, pero modificada en cierto modo, pues se observa en cada ensayo de fonación una ligera adducción de la parte posterior de la cuerda vocal, probablemente bajo la influencia del músculo ari-aritenóideo, en parte sano (2).

No insisto aquí en la exposición de los síntomas vocales; son variables, aunque se comprende fácilmente que no pueden presentar notables diferencias con los de algunas variedades de parálisis unilaterales, que estudiaremos más adelante.

Añadiré una sola palabra respecto á los síntomas que los autores atribuyen á la parálisis aislada del músculo tiro-aritenóideo interno, porque este músculo no parece que funcione aisladamente, sino de acuerdo con los tiro-aritenóideos externos y el crico-aritenóideo lateral. En suma, es *adductor* más bien que tensor. Si como he dicho más arriba, este músculo, considerado aisladamente, desempeña un papel en la tensión de las cuerdas vocales, es un papel *moderador ó regulador*; y en esto con razón, creo que Morell-Mackenzie, seguido por Lermoyez, le considera, no como tensor, sino como *detensor (laxor)* de las cuerdas vibrantes. No he comprobado sino muy rara vez, y *en un solo lado*, los signos clásicos de la parálisis *aislada* de este músculo: durante la fonación, cuerdas vocales en contacto en toda la glotis cartilaginosa, cuerda vocal enferma ligeramente cóncava á partir del vértice de la apófisis vocal hasta el ángulo anterior. Es frecuente ver, por el contrario, en los enfermos de voz ronca ó velada, atacados de catarro laríngeo, que una cuerda adquiere una forma ligeramente cóncava, no llegando la apófisis al contacto de la otra cuerda rectilínea; y creo que estos signos dependen de una paresia de todo un grupo muscular adductor, comprendiendo el crico-aritenóideo lateral y los tiro-aritenóideos interno y externo.

(1) Véase más adelante, pág. 112, nota 2.

(2) Como el músculo medio posterior ó inter-aritenóideo es impar, se comprende que, en los casos de parálisis laríngea unilateral, su acción se dejará sentir en la cuerda paralizada. Pero la observación demuestra que, en ocasiones, este músculo ejerce su acción sobre el aritenóideo del lado paralizado, y otras veces no tiene ninguna. Estas diferencias son difíciles de interpretar. En algunos casos parece que si el músculo aritenóideo, en parte sano, no puede atraer al aritenóideo enfermo, es porque la cuerda paralizada se halla en abducción demasiado pronunciada; pero esa hipótesis no puede invocarse en todos los casos. Sin embargo, tales hechos se explican, en parte, teniendo presente que el músculo recibe filetes motores de ambos recurrentes, y que á menudo, pero no siempre, estos filetes se anastomosan ó se cruzan, de modo que cada una de las dos mitades del músculo está inervada por ambos recurrentes. También debe olvidarse que el músculo aritenóideo transversal, lo mismo que el esfínter del vestíbulo (aritenóideos oblicuos, tiro-ari-epiglóticos, etc.), recibe, aunque no sea esta la opinión clásica, filetes motores del laríngeo superior (Exner) al menos en muchos sujetos. Estas variaciones en la inervación de los músculos de la laringe, constituyen una de las principales causas de la gran dificultad que á veces presente el diagnóstico etiológico de las parálisis laríngeas, como veremos muy pronto.

b. — FALTA É INSUFICIENCIA DE TENSIÓN

Según lo expuesto más arriba (véase la nota de la pág. 96) acerca del mecanismo de la tensión normal de las cuerdas vocales, se comprenderá que la falta completa de esta tensión, implica necesariamente la idea de la parálisis total de la cuerda vocal correspondiente; no debe, pues, describirse con las parálisis parciales. Respecto á la insuficiencia de esta tensión, puede ser debida á la parálisis del músculo crico-aritenóideo posterior, ó á la del crico-tiróideo.

En el primer caso, no constituye más que un síntoma accesorio de un estado morbozo en que los trastornos respiratorios ocupan el primer lugar; en efecto, entonces coincide con la falta de abducción respiratoria de la cuerda paralizada, condición que estudiaremos oportunamente.

En el segundo caso, se revela al examen clínico, según los autores clásicos, por un complejo sintomático particular, descrito por Ziemssen y por Morell-Mackenzie, que la observaron á consecuencia de la difteria. Ya he apuntado esta variedad de parálisis laríngea diftérica, en la cual la sensibilidad de la mucosa está abolida, al mismo tiempo que la motilidad de los músculos inervados por el laríngeo superior (véase pág. 89). Añadiré que, según los autores que la han descrito, se ve, al examen laringoscópico, inmóvil la epiglotis, recta y aplicada á la base de la lengua, y durante la fonación, la cuerda vocal enferma aparece á un nivel inferior al de la cuerda sana. La voz es ronca. Insistiré sobre esta variedad de parálisis, cuando me ocupe de las parálisis bilaterales.

Siempre, según los autores, excepto en el caso precedente, la parálisis aislada del crico-tiróideo no se ha comprobado aún con exactitud (Gottstein). Sin embargo, por mi parte, he asistido á dos hombres de mediana edad, ambos tísicos, y no presentaron, durante mi observación, más que signos de catarro laríngeo sin ulceraciones, y ambos fueron atacados de desórdenes motores de la cuerda vocal derecha, que juzgo poder atribuir á la parálisis aislada del crico-tiróideo del mismo lado. Estos enfermos, tenían una voz muy particular: era más que enronquecida, bronca, llena de *dificultades*, es decir, que á cada instante una ó muchas sílabas afonas se intercalaban con sonidos roncós, duros y sordos. Al examen laringoscópico, los movimientos respiratorios de las cuerdas eran normales, y la adducción vocal se hacía con regularidad, pero durante una tentativa de emisión del sonido *é*, se veía claramente el cartílago aritenoides del lado enfermo bascular ligeramente hacia atrás, de suerte que la parte posterior de la cuerda, se colocaba á un nivel *algo superior* al de la cuerda sana. La cuerda vocal enferma, elevada por la corriente de aire espirado, tomaba un aspecto abombado y no vibraba si el enfermo no hacía un esfuerzo algo marcado: no emitía ningún sonido. Si el enfermo se esforzaba más, se veían vibrar las dos cuerdas, y se oía un sonido ronco: el borde libre de la cuerda enferma, á medida que se sostenía el sonido, se agitaba produciendo vibraciones cada vez más extensas, flotando de abajo á arriba y de arriba abajo, como una bandera agitada por el viento, hasta cesar todo sonido y la espiración era afona. Uno

de estos enfermos perdió la vista, otro murió y no fué posible hacer la autopsia. En este último, muy adelgazado, podía á veces modificar algo la voz, procurando imprimir un movimiento de báscula hacia adelante y arriba al cricoides, que llegaba casi á poder cogerse entre los dedos; pero debo decir, que los resultados obtenidos de este modo, eran inconstantes y no muy positivos.

c. — FALTA DE ABDUCCIÓN

En algunos enfermos que no presentan sino ligeras alteraciones de la voz y no se quejan de trastornos respiratorios, puede á veces observarse, al examen laringoscópico, que una cuerda vocal es incapaz de traspasar la posición de reposo respiratorio en la inspiración, mientras que la otra se separa normalmente en la inspiración, para ocupar de nuevo su lugar al fin de la espiración. En cada esfuerzo de fonación, las cuerdas toman ambas su posición media normal, pero en el momento de la emisión del sonido, el cartílago aritenoides del lado enfermo bascula ligeramente hacia adelante y se inclina sobre la glotis, de suerte que la cuerda de este lado se distiende un poco menos que la otra.

Estos signos laringoscópicos son los que Jelenffy asigna, en mi concepto, con razón, á la parálisis *pura* unilateral, completa, del músculo crico-aritenóideo posterior. Es muy difícil que puedan observarse tal y como son; porque, en la inmensa mayoría de los casos, la parálisis no es pura muchas veces. En buen número de individuos, la cuerda vocal enferma, en vez de quedar inmóvil en la inspiración como al principio, se aproxima, por el contrario, á la línea media en este momento, porque los abductores laterales imprimen un movimiento de báscula, rítmico, á la apófisis vocal, fenómeno curioso sobre el cual insistiré con motivo de las parálisis bilaterales. En la mayoría inmensa de las otras, bajo la acción del ari-aritenóideo, ó de todos los adductores, la cuerda vocal no tarda en tomar la posición media ó en aproximarse mucho.

Parálisis laringeas unilaterales totales.

Una cuerda vocal *totalmente paralizada* (lo cual, en nuestro concepto, repetimos, quiere decir *totalmente inmóvil* tanto en los dos tiempos de la respiración como durante la fonación) puede presentarse al observador bajo muy diferentes aspectos, respondiendo con más ó menos exactitud á uno ú otro de los cuatro siguientes, caracterizados por la forma y la dirección del borde libre de la cuerda:

a. Ya sea que la cuerda esté en *abducción extrema*, es decir, ocupe la misma situación que al fin de una inspiración forzada en estado normal.

b. Ya se halle en *posición intermedia*, aproximándose más ó menos al estado de reposo completo; es decir, que se presenta casi en la dirección general que ocupa, en un individuo sano respirando tranquilamente, al fin de una espiración (1).

(1) Evito de intento emplear la expresión «posición cadavérica» como se acostumbra desde Ziemssen, para designar la situación de una cuerda vocal que ocupa el centro entre la de una inspiración profun-

c. O bien está en *abducción completa*, y ocupa la línea *media*, en posición vocal, como se ve en un sujeto sano durante la emisión de la voz de pecho.

d. En fin, puede estar en *abducción forzada*, es decir, traspasar la línea media, y obliterar en la mitad opuesta el orificio glótico.

Analizaremos, empero, estas cuatro variedades del aspecto laringoscópico.

a. — ABDUCCIÓN EXTREMA

La posición de abducción extrema (muy rara) se realiza por la *parálisis de todos los constrictores* de la cuerda vocal (crico-aritenóideo lateral y tiro-aritenóideo externo, tiro-aritenóideo interno, segmento correspondiente del ari-aritenóideo) *coincidiendo con la contracción tónica del dilatador* (crico-aritenóideo posterior). El crico-tiróideo, aunque indemne, es incapaz de funcionar, por que no puede poner tensa la cuerda vocal, sino cuando el borde libre de ésta ocupa la línea media ó está poco alejada. De este modo y á causa del descenso y de la rotación hacia fuera del cartílago aritenoides, la acción del segmento sano del músculo aritenóideo transversal se halla dificultada, ó al menos no puede dejarse sentir más que sobre la cuerda sana.

Cuando se examina la laringe durante la respiración, se observa sólo que la cuerda vocal sana se separa hacia afuera en la inspiración, y vuelve de nuevo á su actitud de reposo en la espiración. Con frecuencia sucede, que esta cuerda, cediendo á la acción del segmento sano del ari-aritenóideo, ocupa una posición más interna que la normal; por ejemplo, alcanza la línea media en la espiración, y en la inspiración apenas pasa la situación normal de la cuerda en el momento del reposo respiratorio. De todo lo cual resulta, que la laringe parece haber experimentado un movimiento de rotación alrededor del ángulo anterior, tomado como centro, movimiento que ha llevado toda su parte posterior hacia el lado paralizado.

Durante un esfuerzo de fonación, la cuerda sana se aproxima á su congénere inmóvil; y este movimiento toma generalmente una amplitud creciente durante el período que sigue al principio de la parálisis; la cuerda móvil, pasa en seguida notablemente la línea media cuando el enfermo trata de emitir un sonido, pero no llega á unirse á la otra; y hay afonía absoluta, á menos que la banda ventricular del lado enfermo haya conservado su contractilidad, y pueda, lo cual se ve alguna vez, aunque excepcionalmente, distenderse y aproximar su centro á la cuerda vocal sana cubriendo la cuerda enferma subyacente, lo bastante para permitir la emisión de una voz muy apagada y ronca, monótona, y que el enfermo no puede sostener durante mucho tiempo.

da y la de la fonación» (Ziemssen). Esta expresión, me parece poco justificada. No creo, por ejemplo, que pueda jamás creerse debidamente autorizado para emplearla en caso de laringoplegia unilateral. En el cadáver, todos los músculos propios de la laringe, lo mismo que todos los músculos extrínsecos, están en el mismo estado de inercia; pero, en el vivo, no sucede lo mismo; y en caso de hemiplejía laringea clásica, en particular, aun no teniendo en cuenta sino los músculos intrínsecos, basta pensar en el tono del crico-tiróideo, del tiro-aritenóideo superior, del segmento sano del ari-aritenóideo, sobre todo, para comprender que, en el hombre vivo, la verdadera posición *cadavérica* no puede presentarse á la observación. Por otra parte, resulta de las investigaciones de Semón, que la situación de las cuerdas vocales en el cadáver, no responde de ningún modo á la que Ziemssen llama *cadavérica*: en el cadáver, la abertura glótica es casi tres veces más estrecha que en el vivo, durante el reposo respiratorio.

b. — POSICIÓN INTERMEDIA

La posición intermedia (muy frecuente) de la cuerda vocal inmóvil, responde á la *parálisis de todos los constrictores* (crico-aritenóideo lateral y tiro-aritenóideo externo, tiro-aritenóideo interno, segmento correspondiente del ari-aritenóideo), *asociada á la del dilatador* (crico-aritenóideo posterior). Este es el signo de la «parálisis completa del recurrente», de los autores. Esta situación de la cuerda vocal dista mucho de corresponder siempre de una manera exacta á la que ocupa en el momento del reposo respiratorio en el estado normal; ya se aproximan algo más de la posición media; ya, por el contrario, aunque menos frecuentemente, se aleja más, sin alcanzar, sin embargo, la del fin de la inspiración normal.

La cuerda parece más corta que la otra, porque su borde interno es casi siempre un poco cóncavo, y porque al mismo tiempo los cartílagos aritenoides y corniculado están algo inclinados hacia adelante (bajo la acción de la elasticidad del ligamento tiro-aritenóideo, ó quizá también del tono del músculo tiro-aritenóideo superior de Luschka, como cree Hooper). Al mismo tiempo que esta cuerda parece más cóncava y más corta, parece también más delgada y menos plana que su congénere. Esta concavidad y delgadez progresan á medida que la parálisis es más antigua, atrofiándose los músculos. No obstante, la atrofia consecutiva no es fatal, la parálisis puede curar antes de que aquella haya aparecido; puede también hacerse esperar mucho tiempo, ó no progresar sino muy lentamente en los casos incurables.

Al principio, cuando la parálisis ha sido completa desde luego, la cuerda sana no ejecuta sino sus movimientos normales. Durante la respiración, la abertura de la glotis es menor que en estado fisiológico, y la inspiración va acompañada con frecuencia, sobre todo cuando es un poco forzada, de un ligero ruido de cuchicheo producido por el paso del aire, cuya presión deprime un poco toda la cuerda. Durante las tentativas de fonación, el aritenoides del lado enfermo está absolutamente inmóvil ó no cambia de lugar, bajo la acción del segmento sano del ari-aritenóideo, sino de una manera casi imperceptible; y la cuerda sana llegando difícilmente á pasar la línea media, hay afonía completa, ó al menos el enfermo no llega sino con dificultad á emitir algunos sonidos débiles y roncos. Más tarde, y de ordinario con bastante rapidez, ya al cabo de algunos días, ya al cabo de dos ó tres semanas ó más, se establece en en la mayor parte de los casos una especie de suplencia respiratoria y vocal, gracias á la extensión progresiva de los movimientos de la cuerda sana. Esta se separa al máximo en la inspiración tranquila, en tanto que durante la fonación pasa extensamente la línea media y va á ponerse en contacto de la cuerda inmovilizada. Durante este movimiento, el aritenoides va á colocarse cerca de su congénere y un poco por delante ó detrás de él. A veces se coloca absolutamente por delante, y si el enfermo trata de forzar la voz, la cuerda vocal sana viene á cubrir el borde libre de la otra, cuyo nivel es siempre algo más bajo. En otros casos, por el contrario, el aritenoides del lado sano se coloca completamente detrás del otro. Estas variantes dependen, la primera de la ab-

ducción más extensa de la cuerda enferma y de la subluxación del aritenoides del mismo lado, por delante y algo hacia afuera; la segunda, de la adducción más acentuada de la cuerda paralizada, con subluxación del aritenoides hacia adelante y un poco hacia adentro. A veces el aritenoides de la cuerda sana no se limita á reunirse á la otra, la rechaza un poco hacia el lado enfermo. La suplencia vocal se realiza de una manera más ó menos satisfactoria, según los casos. En algunos sujetos, la voz hablada puede, al cabo de tres á cinco semanas, ser casi normal; he asistido entre otros y observado también de cuando en cuando, tres personas (un comerciante, un abogado y un profesor de una facultad de derecho) atacados de parálisis completas, típicas, de un recurrente, por causas diversas, que hablan sin ronquera y volvieron á sus deberes profesionales sin quejarse de fatiga alguna. Con frecuencia, la voz, aunque buena, no puede sostenerse mucho tiempo. Algunos enfermos evitan la ronquera ya siempre, ya cuando están solo fatigados, usando la voz de falsete que emiten con más facilidad á causa de la concavidad del borde libre de la cuerda enferma. En otras muchas personas, la disfonía persiste y la voz es siempre ronca, débil y desigual. El canto, es imposible; sin embargo, esta imposibilidad no siempre es absoluta; observé en 1888 un sacerdote de cincuenta y dos años de edad, presentando esta forma de parálisis laríngea del lado izquierdo (con abducción marcada de la cuerda vocal) (1) y que, aunque casi completamente imposibilitado de hablar en alta voz, podía sin embargo, cantar su misa casi correctamente, sirviéndose de la voz de cabeza. Sin que sea necesario insistir en ello, se comprenderá que la suplencia vocal y la respiratoria están generalmente en razón inversa; obteniéndose ésta tanto más fácilmente, cuanto más lejos de la línea media está la cuerda vocal enferma; la otra, por el contrario, produciéndose tanto más fácilmente, cuanto más aproximada está la misma cuerda, y que pueda entrar en tensión bajo la influencia del crico-tiroides.

c. — ADDUCCIÓN COMPLETA — POSICIÓN MEDIA

Bajo la influencia del tonus del músculo ari-aritenóideo, que á veces puede estar casi respetado por la parálisis, la cuerda vocal, cuyos músculos adductores y dilatador son invadidos á la vez, puede, en lugar de ocupar una posición

(1) La afonía existía hacía ocho meses, y se presentó rápidamente. La laringe estaba por todas partes sensible al contacto de la sonda. No había nada en el mediastino, y la anamnesia hacía pensar que la parálisis era de origen bulbar; nueve años antes, este enfermo se despertó una mañana con náuseas y una sensación de fatiga extrema, vomitó al levantarse, y apenas vestido, cayó en tierra sin perder el conocimiento, y se levantó con el lado derecho paralizado y algo de paresia del recto externo del ojo izquierdo. Poco después, casi se había curado la parálisis. En el momento en que le observaba, tenía, independientemente de una sensación casi continua de abatimiento y de fatiga, una ligera disminución de la motilidad en el lado izquierdo y de la sensibilidad en el derecho, con reflectibilidad igual en ambos lados y ligera disminución de la agudeza visual en el izquierdo, sin hemianopsia, ni disminución del campo visual. G. Ballet, que tuvo la bondad de examinar en seguida este enfermo, creyó que el ictus fué probablemente debido á una pequeña lesión bulbar en foco, interesando primero el núcleo del sexto par y quizá algo el del facial, y que después fué atacado el núcleo del espinal, por lo menos de un mal secundario. (El histerismo no podía ser la causa, porque los trastornos de la sensibilidad, que de ordinario se encuentra en semejante caso, faltaban por completo).